N° 76. — MARDI 30 JUIN 1891. 64e ANNÉE. MARDI 30 JUIN 1891. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

**PRIX DE L'ABONNEMENT :**

FRANCE..... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**

3

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL ANDRAL. Des rapports du goître simple avec la maladie de Basedow; des faux goîtres exophthalmiques. — MÉDECINE PRATIQUE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 29 juin 1891.

La communication faite mardi dernier par M. Cornil, devant l'Académie de médecine, a eu le plus grand retentissement et a suscité la réprobation la plus universelle. Nos lecteurs ont déjà enregistré les énergiques protestations des académiciens présents, dont plusieurs ont qualifié de « criminelle » la conduite du chirurgien expérimentateur. Dès le lendemain, ce fut grand tapage dans toute la presse. Le directeur général de l'Assistance publique fut mandé au conseil municipal. Des enquêtes furent ouvertes et il fut de suite établi que le chirurgien dont M. Cornil avait rapporté les malheureuses expériences était, sinon étranger à la France, du moins étranger aux hôpitaux et à Paris. Un journal du soir, se prétendant bien informé, désigne la ville où l'inoculation cancéreuse aurait été pratiquée et somme le gouvernement d'intervenir pour arrêter à jamais d'aussi criminelles tentatives. M. Cornil s'est toujours associé aux protestations de ses collègues, et, dans une longue lettre adressée hier soir à un journal de la grande presse, il se justifie en quelque sorte de la communication qu'il a faite. Il s'est borné à tirer des conclusions scientifiques d'un incident « criminel ».

« Le pont de Bâle s'écroule, dit-il, des centaines de familles sont en deuil : on cherchera à établir à qui remonte la responsabilité de ce désastre. Mais, en même temps, les ingénieurs, les savants ne manqueront pas de déterminer les conditions de résistance du fer, afin de prévenir de pareilles catastrophes. C'est leur droit et leur devoir.

Un coup de feu criminel atteint un Canadien en pleine région de l'estomac. Le médecin qui soigne le blessé parvient à lui sauver la vie; mais il restera une fistule gastrique par laquelle l'estomac se montrera à nu, permettant de lire, comme à livre ouvert, ce qui s'y passe. Le médecin profite de cette plaie pour étudier les fonctions de la muqueuse, la composition chimique et les propriétés digestives du suc gastrique. Ce Canadien, dont l'observation est restée célèbre, a révélé les secrets de la digestion dans l'estomac. Son médecin devait-il fermer les yeux, s'obstiner à ne pas étudier ces phénomènes nouveaux, parce qu'il en devait la connaissance à une tentative d'assassinat?

En ce qui me concerne, j'ai reçu, par la poste, d'un pays lointain, il y a quatre ans, des préparations de cancers et des mêmes tumeurs greffées, ayant pris et s'étant développées chez deux malades. Ces préparations démontraient la possibilité de la greffe du cancer. Elles étaient d'un grand intérêt scientifique et entraînaient par surcroît des conséquences pratiques utiles. »

Aussi la question n'est-elle pas là. L'honorable professeur d'anatomie pathologique a eu mille fois raison d'examiner les pièces qu'on avait soumises à son examen, et d'en tirer les conclusions scientifiques qu'elles comportaient. Le fait répréhensible est le fait seul de l'inoculation. Une malade se confie à un chirurgien pour être soignée, pour être débarrassée d'un mal qui la minait; elle s'abandonne entièrement à lui, elle se livre avec la plus entière et absolue confiance, et le chirurgien, déloyal, abusant du sommeil chloroformique, après avoir extirpé la tumeur, en inocule un fragment dans la mamelle du côté sain ! Comment peut-on qualifier cette action ? Peu importe l'intérêt scientifique qui s'attache à cette question de la greffe cancéreuse. On plaiderait en vain, pour le médecin coupable, la moindre circonstance atténuante. Si l'inoculabilité d'une affection est chose importante à résoudre, c'est sur lui-même que le médecin doit la pratiquer, imitant en cela les courageuses tentatives de nos collègues et de nos maîtres, qui se sont inoculé, à eux-mêmes, la syphilis, la septicémie gangréneuse, la lèpre, la diphthérie, etc. Ces nobles exemples nous réconfortent, et quand ils sont là, sous nos yeux, point n'est besoin de regarder de l'autre côté du Rhin, pour prendre comme guides ceux qui inoculent, à leurs malades, l'érysipèle et différentes autres septicémies. Cette réprobation unanime a dû faire comprendre à l'inconscient expérimentateur quelle était l'étendue de sa criminelle aberration.

## HOPITAL ANDRAL. — M. DEBOVE.

### Des rapports du goître simple avec la maladie de Basedow; des faux goîtres exophthalmiques (1).

Par M. le docteur I. BRUHL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

II

En présence de ce tableau clinique, quel diagnostic devions-nous formuler? S'agissait-il d'une maladie de

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 683.

Basedow à proprement parler? S'agissait-il d'un syndrome résultant de l'association morbide d'un goître vulgaire et d'une affection cardiaque, simulant le syndrome de la maladie exophthalmique? Cette distinction, nous ne craignons pas de le reconnaître, est à coup sûr délicate et subtile. La maladie de Basedow n'implique pas seulement l'idée de la classique triade symptomatique, mais bien aussi l'idée d'une sorte d'entité morbide, c'est-à-dire d'un type clinique ayant des allures spéciales et une évolution propre. Ce qui vient encore compliquer le problème, c'est que nous connaissons aujourd'hui des formes frustes de la maladie de Basedow que nul ne conteste plus, formes où la symptomatologie est parfois fort incomplète ; dans ces conditions, on conçoit aisément combien le tableau clinique peut varier. Peut-être, par un examen approfondi des symptômes relatés dans les observations de MM. Brissaud et Lamy et des signes que nous avons pu observer chez la malade de M. Debove, pourrons-nous arriver à des conclusions intéressantes.

Nous n'insisterons ni sur le tremblement, ni sur l'exophthalmie, qui sont des phénomènes inconstants, puisqu'ils n'ont été observés que dans deux cas sur quatre. L'exophthalmie, dans ces diverses observations, a toujours été légère, parfois transitoire ; d'une façon générale, les malades n'avaient pas ce regard fixe, ce facies si spécial qui permet souvent de faire de visu le diagnostic de maladie de Basedow. Dans notre cas, en particulier, la stase mécanique jouait évidemment un rôle dans la production de l'exophthalmie, puisque nous avons constaté la diminution de ce symptôme, lorsque, sous l'influence du traitement digitalique, on avait rendu au myocarde une certaine tonicité.

Quant aux accidents cardiaques, ils méritent d'être analysés de très près. Le plus souvent, en effet, il ne s'agit nullement de ces palpitations nerveuses avec tachycardie survenant par crises, précédant parfois de plusieurs mois l'apparition des autres manifestations de la maladie de Basedow. On n'observe pas davantage cet éréthisme vasculaire, ces battements artériels qui sont si évidents au cou et qui font de la tuméfaction thyroïdienne une véritable tumeur pulsatile. Il s'agit bien plutôt d'accidents, relevant non pas d'un trouble de l'innervation cardiaque mais d'une altération profonde du cœur, se traduisant par de la dyspnée, des œdèmes, en un mot par les signes de l'asystolie. Ces troubles circulatoires sont signalés dans les quatre observations que nous avons en vue. Si on excepte une des observations de M. Brissaud, quelque peu incomplète, parce que la malade n'a pas voulu séjourner à l'hôpital, trois fois l'asystolie était évidente : l'œdème des membres inférieurs persistait depuis des mois ; la quantité d'urine émise était minime ; il y avait même des traces d'albumine ; enfin, il existait des congestions passives des viscères ; dans certains cas, la digitale a paru encore rendre quelque service. Nous n'ignorons pas que depuis fort longtemps on avait décrit des altérations organiques du cœur dans des cas rares et exceptionnels de maladie de Basedow ; nous citerons simplement les faits de Parry, Prael, M. Hervieux, Vogt, M. Rendu. Nous savons également que des accès d'asystolie peuvent survenir dans le cours du goître exophthalmique, faits sur lesquels M. Debove a appelé l'attention dans un mémoire des plus intéressants, inséré dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux* (1880) ; mais ces accidents sont essentiellement passagers ; ils sont amendés par la digitale ; ils ne relèvent pas d'une affection organique du cœur, mais, ainsi que l'a montré M. Debove, ils sont le résultat d'un trouble de l'innervation cardiaque. Il nous paraît, par conséquent, légitime de conclure à la rareté de l'asystolie vraie dans la maladie de Basedow.

Le point le plus curieux, qu'il importe de bien mettre en relief, est ce qui a trait au goître. Dans toutes les observations, il s'agit de goîtres vulgaires, endémiques ou familiaux, existant déjà depuis un grand nombre d'années et n'ayant donné lieu à aucun trouble fonctionnel. Tantôt, comme dans le cas de M. Dubreuil (1), il s'est agi de goîtres kystiques, d'autres fois de goîtres colloïdes ou de goîtres où l'élément fibreux était prédominant. Ces goîtres présentaient le volume d'une mandarine ou du poing, c'est-à-dire avaient des dimensions moyennes ; en général, ce volume n'était pas suffisant pour amener des phénomènes inquiétants de compression. Il n'en est pas toujours ainsi, il est vrai, et chez notre malade il existait une compression de la trachée que nous avions soupçonnée de son vivant à cause du cornage qu'elle présentait, et dont l'autopsie nous a révélé la réalité. On voit combien ce goître diffère du goître de la maladie exophthalmique, qui est presque toujours petit, éminemment vasculaire, subissant, par suite, des variations de volume très appréciables ; il est souvent pulsatile et donne, par la palpation, la sensation de thrill ; il est animé de mouvements d'expansion correspondant à la systole cardiaque. D'ailleurs, on sait que le goître fait souvent défaut dans la maladie de Basedow ; son inconstance même a permis aux auteurs de faire justice de la théorie pathogénique, d'après laquelle le corps thyroïde hypertrophié serait la cause et l'origine des accidents du syndrome de Basedow.

L'évolution des accidents que nous avons en vue est bien différente de celle du goître exophthalmique ; ici, les symptômes primordiaux apparaissent à des intervalles assez rapprochés et le syndrome clinique est constitué en quelques semaines ou en quelques mois ; dans les faits auxquels nous faisons allusion, le goître a précédé d'un grand nombre d'années l'exophthalmie et surtout les manifestations cardiaques.

Enfin ces accidents surviennent d'ordinaire à un âge avancé, vers la soixantaine, tandis que la maladie de Graves s'observe surtout entre vingt et trente ans ; celle-ci est beaucoup plus fréquente chez la femme pendant la durée de la vie menstruelle et devient une grande exception après la ménopause.

Les raisons cliniques ne manquent donc pas pour distinguer ces accidents du goître exophthalmique vrai, et si, dans certains cas, on observe des symptômes analogues, leur signification et leur évolution sont bien différentes.

Il nous reste maintenant à trouver l'explication de ces faits.

Nous ne nous attarderons pas à résumer les théories qui ont été tour à tour émises pour expliquer le goître exophthalmique, qu'il nous suffise de rappeler que la théorie nerveuse, la plus généralement admise, est la plus satisfaisante de toutes ; elle nous donne l'explication d'une série de phénomènes morbides pouvant coïncider avec la maladie de Basedow et dont l'interprétation était fort difficile, il y a peu de temps encore. Le seul point que nous désirions établir, c'est que la tuméfaction du corps thyroïde n'est pas une condition indispensable pour la production du syndrome de Graves : la vraie maladie de Basedow est indé-

(1) Dubreuil. *Gazette médicale de Paris*, 1887

pendante du corps thyroïde. On connaît, en effet, quelques cas de cette affection survenue chez des malades après l'ablation du corps thyroïde; rappelons, à ce propos, l'intéressante observation de M. Teissier, concernant une malade à laquelle Dolbeau avait pratiqué la thyroïdectomie, et un fait de M. Souques, publié dans la thèse de M. Chrétien (1), où il s'agissait d'une femme de trente-six ans, qui avait eu un goître; à l'âge de trente et un ans, elle fut atteinte de vomissements fréquents, dont la gravité fut telle que Gosselin se décida à lui faire l'ablation du corps thyroïde. Quelques années plus tard survinrent des modifications de caractère, de l'exophthalmie, des palpitations, en un mot, le tableau complet de la maladie de Basedow.

Les affections du corps thyroïde, le goître en particulier, ne paraissent pas avoir été envisagées comme une des causes possibles du goître exophthalmique. Nous ne pouvons mieux faire que de rappeler textuellement ce que dit à ce sujet M. Rendu, dans son excellent article du *Dictionnaire encyclopédique* : « Il n'y a aucun rapport à établir entre les deux maladies, de nature différente. En Suisse, dans le canton de Vaud, où règne à l'état endémique le goître, la névrose est inconnue. En Irlande, pays de la névrose, il n'y a pas de goîtreux. »

Cependant longue est la liste des malades atteints de goître, qui ont présenté, à un moment donné, un ensemble de phénomènes réalisant le syndrome de Basedow; et, chose curieuse, tous ces malades ont été notablement améliorés par le traitement de leur goître, soit au moyen d'injections interstitielles, soit par la thyroïdectomie. Nous rappellerons quelques-uns de ces cas, en ne faisant que citer ceux de Heron Watson (2), de Mac Naughton Jones (3), de Bœckel (4) et surtout les deux observations si complètes de M. Tillaux qui ont été le point de départ de la thèse de M. Bénard (5), les quatre cas de Rehn (6), ceux de Lister (7), de M. Dubreuil (8), de Semon (9), de Thyssen (10). On sait que MM. Trélat et Berger (11) ont publié une observation de goître simple avec exophthalmie secondaire.

Sommes-nous autorisé, dans tous ces cas, à porter le diagnostic de goître exophthalmique, puisqu'il est notoire que la maladie de Basedow n'est pas le résultat de l'altération du corps thyroïde et que, par conséquent, la thyroïdectomie ne saurait guérir le goître exophthalmique ?

Les phénomènes que nous avons observés peuvent être interprétés de plusieurs façons. Tout d'abord, il faut songer à la possibilité d'une compression nerveuse par le goître ; il est vrai que nous n'avons pas rencontré les symptômes caractéristiques de la compression des nerfs du cou, du pneumogastrique, en particulier. Peut-être faut-il faire une part plus large aux troubles circulatoires ? Doit-on incriminer la sclérose du myocarde, l'athérome de l'aorte ? L'observation si complète de M. Lamy et la nôtre semblent plaider en faveur de cette hypothèse. Dans notre cas, ce n'est qu'avec les troubles cardiaques que se sont montrées les palpitations et une poussée congestive du côté du corps thyroïde ; ces phénomènes se sont amendés par le repos, le régime lacté et la digitale. Peut-être le corps thyroïde congestionné a-t-il déterminé une compression du nerf pneumogastrique qui, à son tour, a été la cause de troubles circulatoires ? Enfin, il faut se demander si tous ces accidents ne dépendent pas de la suppression des fonctions encore hypothétiques du corps thyroïde.

Quoi qu'il en soit, si le goître ne doit pas être considéré comme une cause prédisposante à la maladie de Basedow, il faut bien reconnaître, en présence des faits et des observations que nous avons rappelés, qu'à un moment donné, le goître peut se compliquer secondairement d'une série de phénomènes rappelant le syndrome de la maladie exophthalmique. Est-ce à ces cas que s'appliquerait la théorie jadis soutenue par Piorry, qui considérait l'hypertrophie du corps thyroïde comme la cause première de toutes les autres manifestations de la maladie de Graves ?

Pour revenir à notre cas, nous avons montré que ni le goître, ni les accidents cardiaques ne correspondaient à ceux du goître exophthalmique, qui est d'ailleurs une rareté pathologique lorsqu'il survient chez une femme de soixante et un ans. Invoquerons-nous la diathèse nerveuse ? Elle aurait pu favoriser la production de ces accidents, et cependant, dans le cas de M. Lamy, il s'agissait d'un homme, charpentier de son état, nullement névropathe. Que pouvons-nous conclure de cette étude ? Il est incontestable que le goître peut se compliquer de phénomènes présentant les caractères de la maladie de Basedow ; ces accidents peuvent dépendre de la tumeur thyroïdienne, puisque, dans un assez grand nombre d'observations, une intervention chirurgicale a pu mettre fin à ces accidents.

D'autre part, l'asystolie, aboutissant d'une lésion cardiaque, survenant chez des goîtreux, peut réaliser le syndrome incomplet de la maladie de Basedow.

Il s'agirait donc, dans ces deux conditions, d'une forme spéciale de goître exophthalmique, bien distincte de la névrose : c'est à ces cas que nous proposons de donner le nom de *faux goîtres exophthalmiques*.

(1) Chrétien. Thèse de Paris, 1888.
(2) H. Watson. *Edinb. Med. Journ.*, 1873.
(3) N. Jones. *Brit. Med. Journ.*, 1874.
(4) Bœckel. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1880.
(5) Bénard. Thèse de Paris, 1882.
(6) Rehn. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1884.
(7) Lister. *Brit. Med. Journ.*, 1887.
(8) Dubreuil. *Gazette médicale de Paris*, 1887.
(9) Semon. *Brit. Med. Journ.*, 1889.
(10) Thyssen. *Progrès médical*, 1889.
(11) Trélat et Berger. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1884.

## REVUE DE LA PRESSE

**Du traitement de la sueur des pieds.** — Nous avons déjà appris à nos lecteurs (1) l'influence heureuse que les solutions d'acide chromique à 5 p. 100 exerçaient sur une transpiration des pieds anormalement abondante. Cette méthode de traitement est instituée en grand dans l'armée allemande. Si l'on en croit les *Annales de médecine militaire de l'Empire*, sur 36240 cas, 59,4 p. 100 ont été guéris, 33,1 p. 100 ont été améliorés, et l'on n'aurait eu que 7,5 p. 100 d'insuccès. Il n'y eut que les cas très graves qui ne furent pas améliorés, les cas moyens et légers ont tous été guéris.

Le journal les *Nouveaux Remèdes* emprunte au *Deutsch. med. Zeit.* la description d'un autre procédé, dû au docteur Winogradoff :

Il commence par laver les pieds à l'eau tiède et à les sécher soigneusement. C'est alors qu'il badigeonne les parties affectées d'un pied avec un morceau d'ouate hydrophile mouillée dans une solution de 5 à 8 p. 100 de chlorure de zinc; il n'essuie ce pied qu'après avoir badigeonné l'autre pied. Dans le cas où il existerait des ulcérations entre les orteils, il faut essuyer chaque

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 681.

pied immédiatement après l'avoir badigeonné pour s'opposer à une action trop énergique du chlorure de zinc. De plus, il ne faut alors se servir, au début, que d'une solution à 5 p. 100. Les badigeonnages doivent être entrepris le soir avant de se coucher pour laisser reposer les pieds. Ils peuvent être répétés cinq à sept jours plus tard. Mais dès le premier badigeonnage on constate la diminution de la sueur et de la rougeur; les ulcérations se mettent à se réparer. Le chlorure de zinc n'agissant que comme caustique, en détruisant les glandes sudoripares, il ne faut jamais permettre son emploi en l'absence du médecin.

**Du danger des soudures contenant du plomb dans les boîtes de conserves.** — M. Ballaud publie, dans le *Journal de pharmacie et de chimie*, un travail dont voici le résumé :

L'étain, le plomb et leurs alliages, en quelque proportion que ce soit, sont attaqués très lentement par les acides les plus faibles contenus dans les conserves alimentaires.

L'attaque est en rapport direct avec la surface en contact.

L'étain employé à la fabrication du fer-blanc, qui contient des traces de plomb et 1 à 2 centièmes de cuivre et d'autres métaux, offre plus de résistance aux acides des conserves que l'étain chimiquement pur ou chargé de plomb.

Aujourd'hui que l'industrie ne conteste plus la possibilité de faire des soudures à l'étain fin, il y aurait lieu de ne tolérer pour toutes les soudures de boîtes de conserves que l'étain employé à la fabrication du fer-blanc.

On verrait ainsi disparaître ces soudures plombifères que l'on trouve si souvent à l'intérieur des boîtes de provenance étrangère (1), et avec elles, sans doute, bien des méfaits dont on charge actuellement un métal qui, de tout temps, a passé pour inoffensif.

**Opinion de Lawson Tait sur la méthode antiseptique.** — Lawson Tait vient de prononcer à Cromer un discours dans lequel il attaque de nouveau, avec énergie, le système antiseptique. Le savant auteur anglais se plaint surtout qu'on donne à la simple énonciation d'un fait le nom de théorie ; il y a des faits, dit-il, des découvertes fort importantes, mais non jusqu'ici de système, de théorie antiseptique. Lister avouait récemment qu'il a honte d'avoir recommandé le spray, et cependant le spray serait la partie la plus logique de son système, si sa théorie était exacte, si l'action des germes était la cause immédiate et réelle de la suppuration.

Tait a, pendant trois ans, essayé le spray et les antiseptiques consciencieusement; il a même inventé un vaporisateur perfectionné; mais, après avoir fait cinquante ovariotomies avec toutes les précautions listériennes, et cinquante sans antiseptiques, il a conclu que la méthode de Lister augmentait la mortalité.

Il ne prend donc plus les mêmes précautions qu'autrefois. Il purifie avec soin ses éponges, mais sans faire usage de germicides; il craint, bien plus que les germes pathogènes, la substance morte qui peut se décomposer; aussi enlève-t-il avec soin, par le lavage à l'eau, les caillots, le sérum et le pus qui se trouvent dans l'abdomen. De même, le grand but du drainage est de donner issue aux liquides décomposables; ce n'est donc pas, comme le dit Lister, une partie intégrante du système antiseptique.

D'après Lawson Tait, les principaux éléments de succès, dans la chirurgie abdominale, sont le lavage à l'eau de la cavité péritonéale, le drainage et l'emploi des purgatifs salins en cas de péritonite au début. Ce dernier point serait même le plus important, car, dans un grand nombre de cas, on observe des symptômes de péritonite, malgré le nettoyage du péritoine et le drainage. Lawson Tait emploie les lavements de térébenthine comme adjuvants des purgatifs salins. (*Bulletin général de thérapeutique.*)

**Traitement de la diarrhée infantile par le salol.** — Le docteur E. Hirtz, à la Société médicale des hôpitaux, a établi la grande puissance du salol comme antiseptique intestinal. D'après un de nos confrères suisse, le docteur Weber (de Colombie), c'est surtout dans la diarrhée infantile que le salol manifesterait ses propriétés antiseptiques, et à cet égard il serait de beaucoup supérieur aux médicaments les plus vantés.

L'effet produit serait presque immédiat, et, dès les premières vingt-quatre heures, on verrait cesser les vomissements et la diarrhée.

Voici la formule conseillée par le docteur Weber :

| | |
|---|---|
| Salol. . . . . | 20 centigrammes. |
| Laudanum de Sydenham . | 1 goutte. |

Mêlez pour un paquet. A prendre deux par jour.

**De l'eau boriquée naphtolée.** — D'après M. Anotta, interne en pharmacie des hôpitaux, la solubilité du naphtol β serait augmentée par la présence de l'acide borique, dans l'eau destinée à la solution.

La solubilité du naphtol dans l'eau est de 20 à 25 centigrammes par litre.

L'expérience montre qu'à la dose de 15 grammes d'acide borique par litre d'eau, on tient en parfaite dissolution 50 centigrammes de naphtol. Un litre de solution boriquée à 30 p. 1000, additionnée vers 100 degrés de 1 gramme de naphtol, retient en dissolution après refroidissement, et, au bout de cinq à six jours, 75 centigrammes de naphtol à la température ordinaire. La solution boriquée à 40 p. 1000, c'est-à-dire à saturation complète, ne donne dans les mêmes conditions que 5 centigrammes de naphtol non dissous.

Il faut cependant faire remarquer que ces solutions sont très sensibles à l'action du froid. Un abaissement de température un peu brusque provoque dans les liquides la précipitation d'une faible partie du naphtol; mais cet inconvénient disparaît dans les applications chirurgicales, lorsqu'on emploie les solutions tiédies; dans ce dernier cas même, on pourrait porter facilement la dose de naphtol à 1 gramme par litre.

La logique conduit à admettre *à priori* qu'une association de substances antiseptiques doit augmenter le pouvoir microbicide de ces substances. Quelque vraisemblable que paraisse le fait, il n'est cependant pas inutile de le soumettre au contrôle de l'expérience.

Ce sont ces expériences que fit M. Anotta, et il en a pu conclure qu'en associant l'acide borique et le naphtol β, on accroît leur pouvoir antiseptique. Un volume de ce mélange possède, l'expérience le prouve, une puissance microbicide supérieure à des volumes égaux des solutions naphtolée et boriquée prises séparément. Cela tient peut-être à ce que les puissances microbicides s'ajoutent; cela tient sans doute aussi à ce que l'acide borique permet d'augmenter la dose de naphtol β mise en dissolution.

**De l'administration de la morphine par la voie nasale.** — M. Carl H. von Klein, de Dayton (Ohio), recommande l'administration de la morphine par la voie nasale, méthode qu'il a expérimentée, dans plus de cent cas, avec résultats très favorables. La dose médicamenteuse est divisée en deux parts, qui sont prisées comme le serait du tabac. Il n'a eu qu'à se louer de ce mode d'administration, qui serait plus actif que par la voie hypodermique ou gastrique. (*Médecine moderne.*)

**Traitement de la diarrhée par l'acide lactique.** — M. Hayem, qui a préconisé, il y a deux ans, l'acide lactique contre la diarrhée microbienne des enfants, n'a pas obtenu un moindre succès dans celle des adultes.

Il prescrit l'acide lactique à la dose de 10 à 15 grammes, sous forme de limonade.

| | |
|---|---|
| Eau. . . . . | 800 grammes. |
| Sirop de sucre. . . . . | 200 — |
| Acide lactique . . . . . | 10 à 15 — |

A boire par demi-verres en dehors des repas.

La rapidité avec laquelle s'obtient la guérison, dans certains cas de diarrhée ancienne, est, paraît-il, extraordinaire.

(1) M. Ballaud a trouvé fréquemment, dans des produits étrangers, des soudures intérieures qui contenaient 45 à 50 p. 100 de plomb.